

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 330

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marguerite LEGROS

Ex-interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

Ex-prosecteur, lauréate de l'École de Médecine

Diplômée de l'Institut d'Hygiène de Paris

Née au Havre, le 1^{er} Avril 1904

LE MÉDECIN SCOLAIRE

Président : L. TANON, professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1930

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marguerite LEGROS

Ex-interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

Ex-prosecteur, lauréate de l'École de Médecine

Diplômée de l'Institut d'Hygiène de Paris

Née au Havre, le 1^{er} Avril 1904

LE MÉDECIN SCOLAIRE

Président : L. TANON, professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1930

LE DOYEN. . . H. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale..	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des malad. de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	CLERC.....	Pathologie médicale.
ALAJOUANNE.....	Neurologie et Psychiatrie.	DEBRE.....	Hygiène.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	DOGNON.....	Physique.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	DONZELOT.....	Pathologie médicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	DUVOIR.....	Médecine légale.
BINET.....	Physiologie.	ECALLE.....	Obstétrique.
BLANCHETIERE.....	Chimie biologique.	FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
BROCO.....	Pathologie chirurgicale.	GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
BRULE.....	Pathologie médicale.	GATELLIER.....	Pathologie chirurgicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	GIROUD.....	Histologie.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	HARVIER.....	Pathologie médicale.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	HEITZ-BOYER...	Urologie.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE (Suite)

MM.

HOVELACQUE...	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand).	Pharmacologie.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
VAUDESCAL....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
OLIVIER.....	Anatomie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTNERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale
PROUST.....	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEILL-HALLÉ.	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ÉCOLE DE MEDECINE D'ANGERS

A M. LE DOCTEUR METZGER,

*Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Professeur suppléant d'anatomie,*

*Qui a bien voulu nous donner l'idée de
notre thèse et que nous remercions de
la bienveillance qu'il n'a cessé de nous
témoigner.*

A NOTRE MAITRE
M. LE PROFESSEUR TANON

*Que nous remercions pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de notre thèse.*

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

A M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

A M. LE DOCTEUR LESNE

INTRODUCTION

L'inspection médicale des écoles, ou mieux l'hygiène scolaire, « répond à la nécessité de protéger, dans la santé de l'enfant, l'avenir de la race et le capital humain de la nation » ; elle constitue un devoir strict pour l'Etat qui impose à l'enfant des conditions de vie spéciales ; elle lui permet de retenir un peu d'une vitalité que la guerre et la diminution du nombre des naissances ont compromise ; elle satisfait aux revendications dont la déclaration des droits de l'enfant, dite de Genève, est l'expression.

Son objet fut modeste au début : le médecin visitait les locaux et examinait les enfants présumés atteints de maladie contagieuse ; les travaux de Pasteur révélant le caractère transmissible et évitable de la plupart des maladies infantiles et le cri d'alarme de Grancher attirant l'attention sur les larges fauchées de la tuberculose accrurent la portée de ses investigations ; enfin de protecteur de l'enfant contre les causes de maladie provenant du milieu et du travail scolaires, il est devenu le surveillant autorisé de son développement individuel ; en acceptant le principe de l'école gratuite et obligatoire, nous avons admis, en effet, qu'en ce qui concerne le développement de la race, on ne pouvait malheureusement

ment pas s'en remettre à l'initiative des parents ; or, chacun sait que le développement de l'organisme physique, celui du caractère et celui de l'intelligence sont solidaires (1). Des statistiques montrent précisément que leur progression est moins bonne pendant le séjour à l'école primaire que pendant le séjour à l'école maternelle (2).

Montaigne n'accusait-il pas déjà les collègues de son temps d'être « de vraies géaules de jeunesse captive » ?

Quant aux moyens d'action, l'hygiène scolaire n'avait à l'origine que ceux de l'hygiène publique dont elle était un département ; mais, ainsi que l'écrit le Dr Sand, « la santé exige une habitation, une alimentation qui dépendent pour une bonne part des conditions économiques et sociales, c'est-à-dire des ressources de chacun et de l'organisation de la société ; l'hygiène sociale est donc née à l'usage de l'homme, de la femme, de l'enfant, tels que le font leur entourage, leur métier, leur salaire ». Elle a pris son essor avec la concentration de la population dans les villes, déjà qualifiées de « gouffres de l'espèce humaine » par Rousseau, avec le développement de l'immigration et la dislocation des cadres de la famille.

(1) Dans un groupe de 100 écoliers à développement physique insuffisant, P. Boncour en trouve 67 dont le niveau mental est inférieur de 1 à 2 ans à leur âge chronologique, tandis que sur 100 élèves à développement physique normal, 78 ont un niveau mental supérieur ou égal à leur âge chronologique.

(2) Sur 100 enfants de 12 à 13 ans, 14 auraient un développement physique dépassant la moyenne de 1 à 3 ans, 59 un développement retardé d'autant ; sur 100 enfants sortant de l'école maternelle, 21 dépassent la moyenne et 37 sont retardés de 1 à 3 ans.

HISTORIQUE

Le « Projet de décret sur l'éducation nationale » déposé le 26 juin 1793 à la Convention par Sieyès, Daunou et Lakanal déclare « qu'un officier de santé du district est chargé de visiter dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales du district. Il conseille les *exercices gymnastiques* les plus convenables. Il examine les enfants et indique en général et *en particulier* les règles les plus propres à fortifier leur santé ». Le projet ne fut pas accepté.

En vertu d'un règlement de 1809, un médecin et un chirurgien sont attachés aux lycées de l'Université ; ils sont tenus d'examiner les élèves tous les trois mois.

Aux termes de la loi Guizot, du 28 juin 1833, « le Comité communal a inspection sur les écoles publiques ou privées de la commune ; il veille à la salubrité des écoles. »

Il appartenait à la ville de Paris de donner corps aux intentions du législateur ; en 1834, Orfila, vice-président du Comité central de l'Instruction primaire, publie un règlement attachant un médecin à chaque école de garçons avec deux visites obligatoires par mois. En 1842, un arrêté étend l'inspection aux écoles de filles, prescrit au médecin de visiter au moins *une fois par semaine* chacun des établissements confiés à ses soins, d'examiner chaque élève *nouvellement admis*, de s'assurer qu'il n'y

a pas d'enfants atteints d'affection contagieuse. L'arrêté de 1843 confie la nomination des médecins au préfet auquel le maire de l'arrondissement présente trois candidats agréés par le Comité local ; il prescrit la surveillance des écoles privées.

L'ordonnance du 22 décembre 1837 confie aux dames inspectrices la surveillance des salles d'asile « en tout ce qui touche la santé des enfants ». Un décret impérial du 21 mars 1855 prescrit « qu'un ou plusieurs médecins nommés par le maire visiteront, au moins une fois par semaine, les salles d'asile publiques et consigneront leurs observations sur un registre ». En 1864, Victor Duruy institue auprès du Ministère et des Académies des « Commissions appelées à donner leur avis sur toutes les questions d'alimentation, d'habillement, d'hygiène, de gymnastique concernant les lycées de l'Empire ».

C'est en 1879 que nous entrons dans la voie des réalisations avec l'arrêté du préfet de la Seine du 13 juin. Jusqu'alors les fonctions des médecins inspecteurs étaient entièrement *gratuites* et ceux-ci n'apparaissaient dans les établissements que sur sollicitation pressante des directeurs. L'arrêté fixe la *rétribution* à 600 francs, l'effectif des circonscriptions à vingt-cinq classes, la durée du mandat à trois ans. L'ouverture d'un *concours* jugé par des médecins délégués de la Faculté est repoussée et remplacée par la désignation par le préfet d'après une liste de présentation dressée à l'élection par les médecins de l'arrondissement. Le médecin est tenu de faire deux visites par mois sans préjudice de celles qui lui seraient demandées dans les cas urgents ; il éloigne les enfants contagieux et délivre les certificats de rentrée aux enfants qu'il reçoit à cette fin aux jours et heures habituels de ses consultations.

Le 14 novembre 1879, Jules Ferry adresse aux préfets les instructions suivantes :

« Il y aurait dans chaque canton un ou plusieurs médecins chargés de visiter, dans leurs tournées de clientèle, les écoles publiques au double point de vue de la salubrité des bâtiments et de l'état sanitaire des élèves. Ils auraient pour mission de veiller à ce que les conditions hygiéniques soient exactement remplies, d'adresser aux maîtres et aux familles les conseils opportuns et de fournir à l'occasion des renseignements utiles à l'administration. Les hommes de bonne volonté ne manqueront certainement pas pour remplir ces fonctions de haute confiance, pour lesquelles une légère rétribution pourrait au besoin être votée par les communes intéressées. Je ne doute pas qu'en faisant appel au dévouement du Corps médical, toujours prêt, chez nous, à servir la chose publique, on ne trouve le nombre de médecins nécessaire à l'organisation d'un service qui est digne de toute notre sollicitude. »

En 1883, la ville de Paris revient à la nomination par le préfet sur une liste de présentation dressée dans chaque arrondissement par le maire de concert avec la délégation cantonale. Le règlement fait mention pour la première fois de « l'examen attentif et *individuel des élèves au point de vue des dents, des yeux, des oreilles, de l'état général de la santé* », et précise que le médecin inspecteur est seul chargé de faire l'examen sommaire des organes spéciaux ; le traitement est porté à 800 francs et l'effectif des circonscriptions réduit à vingt classes.

La loi du 30 octobre 1886 sur l'enseignement primaire, toujours en vigueur, déclare à l'article 9 que « l'inspection est exercée au point de vue médical par des médecins inspecteurs communaux ou départementaux (1) » ;

(1) « L'inspection des écoles publiques s'exerce conformément aux règlements délibérés par le Conseil supérieur. Celle des

à l'article 48 que « le Conseil départemental veille à son organisation ». L'article 141 du décret organique de 1887 précise que « les médecins doivent être agréés par le préfet et que leur inspection ne peut porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire ».

Ces textes prévoient plus qu'ils n'organisent le service ; ils doivent être complétés par la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale et par celle du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique (1).

La jurisprudence a été fixée en ce qui concerne le droit des maires dans deux arrêts ultérieurs du Conseil d'Etat.

Au lendemain du vote de la loi s'ouvre l'ère des projets auxquels l'insuffisance des crédits empêche de donner suite. Au Conseil municipal de Paris, M. Blayac expose, en 1888, la nécessité de l'examen individuel des nouveaux admis avec établissement d'un *carnet* où seraient inscrits « les résultats de l'enquête somatologique, les mesures anthropométriques prises par les maîtres ». Il demande qu'un « *président* » assure la liaison entre les médecins et l'autorité préfectorale et que ceux-là jouissent d'une autorité égale à celle de l'inspecteur primaire :

écoles privées porte sur la moralité, l'hygiène, la salubrité et sur l'exécution des obligations imposées à ces écoles par la loi de 1882. »

(1) En vertu de laquelle le maire peut prendre toutes mesures nécessaires pour prévenir les épidémies et édicter à cet effet les prescriptions auxquelles tous les habitants sont tenus de se soumettre ; il peut, dans le même but, se concerter avec les autorités spécialement chargées d'assurer l'hygiène des écoles publiques et privées, en exécution de la loi de 1886.

« A l'un le développement intellectuel, à l'autre le développement physique. » M. Vaillant, en 1891, préconise la *visite médicale quotidienne* « condition de préservation épidémique des écoliers », la nomination des médecins au *concours*, demande une rigoureuse surveillance des écoles privées. Il conclut : « La question est étudiée, connue, mûre pour une solution. Non seulement les divers congrès d'hygiène l'ont portée à leur ordre du jour, mais elle a été l'objet dans tous les pays des études des hygiénistes et des médecins et toutes ces études sont concordantes. »

En 1904, on émet le projet de réduire le nombre des médecins à un par arrondissement ; il se consacrerait entièrement à ses fonctions. Ce n'est qu'en 1910, à la suite du rapport du D^r Guibert, auquel nous empruntons une partie de cette étude, que la ville de Paris adopte le *carnet individuel*, la *nomination des médecins au concours* et multiplie les circonscriptions.

En 1910, M. Doumergue dépose un projet rapporté par MM. Buisson et Doizy, conçu dans l'esprit de la loi de 1893 ; les départements sont divisés par le Conseil général en circonscriptions comprenant de 300 à 1.000 enfants ; chacune est confiée à un *médecin inspecteur nommé par le préfet après concours sur épreuves* dans les villes possédant une école de médecine, et ailleurs après *concours sur titres et avis du Conseil départemental d'hygiène* (un concours sur épreuves a lieu chaque fois que la demande en est faite par l'un des candidats). L'inspection porte : 1° sur les locaux et le mobilier scolaire ; 2° sur l'hygiène des établissements (chauffage, durée du travail et du

repos, etc.) ; 3° sur l'état sanitaire des élèves (carnet individuel) ; 4° sur les conditions imposées au personnel en matière d'hygiène ; 5° sur les mesures spéciales relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses.

Le D^r G. Laurent, en 1912, au nom de la Commission de l'enseignement, propose de créer un corps de médecins *inspecteurs locaux* sous le contrôle d'un *inspecteur départemental*. Celui-ci, nommé par le Ministre après concours doit avoir cinq ans d'exercice de la médecine ; il reçoit un traitement dont le montant est fixé par le Conseil général ; il est *tenu de se renfermer dans l'exercice de ses fonctions* ; il guide et contrôle les médecins locaux, fait partie des commissions départementales ; c'est un fonctionnaire pouvant monter de classe et de traitement, comme l'inspecteur d'Académie. Les titulaires des fonctions d'*inspecteur départemental d'hygiène* et de contrôleur départemental des services de désinfection sont *de droit chargés de l'inspection des écoles*. Les médecins locaux doivent avoir exercé la médecine pendant trois ans ; ils sont nommés par le préfet après avis conforme de la Commission départementale d'hygiène et après concours sur titres s'il y a plusieurs candidats ; pour les villes de plus de 100.000 habitants, cette nomination a lieu au concours public.

Le 29 juin 1921, la question fait l'objet d'un rapport de M. Thibout : il propose d'interdire aux médecins locaux la clientèle libre, insiste sur l'opportunité de la *création de médecins inspecteurs d'hygiène départementaux* auxquels serait tout naturellement confiée l'inspection des écoles ; il est le premier à demander la *colla-*

boration d'assistantes d'hygiène scolaire. L'avis présenté le 4 juillet suivant par G. Laurent préconise, en outre, l'extension de l'inspection à l'enseignement secondaire ; il laisse au Conseil général le droit de décider que les médecins locaux choisis parmi les praticiens après avis des associations professionnelles ne seront pas tenus de s'enfermer dans l'exercice de leurs fonctions publiques.

Le projet de M. Herriot, du 30 janvier 1928, s'applique à l'enseignement primaire ; il n'admet que des *médecins sans clientèle*, crée des *assistantes d'hygiène scolaire* et répartit les dépenses, conformément à la loi de 1893 :

ART. 3. — L'inspection est assurée sous la direction de l'inspecteur départemental d'hygiène et le contrôle des autorités académiques par des médecins inspecteurs nommés dans des conditions fixées par un décret d'administration publique, ne faisant pas de clientèle et se consacrant uniquement à leurs fonctions publiques. Ils peuvent être chargés en même temps d'autres services départementaux et communaux d'hygiène.

ART. 5. — L'inspection porte... sur les aptitudes physiques des élèves en vue de leur orientation professionnelle.

ART. 9. — Les dépenses... sont obligatoires et supportées par les communes, les départements et l'Etat dans des conditions fixées par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

ART. 10. — Les communes ou syndicats de communes qui justifieront d'un service d'inspection médicale satisfaisant aux exigences de la présente loi peuvent être autorisés, par une décision spéciale du Ministre de l'Instruction publique et du Ministère de l'Hygiène à conserver leur organisation spéciale.

ÉTAT ACTUEL ET TENDANCES

L'historique de la question ne comprend qu'une étude de textes, sans applications ; ils n'en reçurent guère avant 1914 (1) ; depuis dix ans, au contraire, la France se couvre d'une mosaïque d'organisations. L'étude critique des notions fournies par une enquête dans les villes et départements français, par la lecture de publications relatives au fonctionnement du service à l'étranger, par l'enseignement professé à l'Institut d'hygiène de Paris à l'usage des candidats aux fonctions de médecin inspecteur des écoles de la Seine, par un stage accompli au centre d'hygiène scolaire de la fondation Lannelongue, nous amène à concevoir le rôle et la condition du médecin scolaire, suivant le schéma qu'on trouvera développé dans les chapitres suivants.

(1) Nous ne reviendrons pas sur les efforts de la Ville de Paris, très efficaces depuis 1910, Lyon s'organise en 1880 et 1890 ; Montpellier en 1888 ; Bordeaux en 1886 et 1897. Comparer au développement, déjà très important, du service à l'étranger, étudié dans la thèse du Dr Magnanon (Lyon, 1910).

ATTRIBUTIONS DU MÉDECIN SCOLAIRE

SURVEILLANCE HYGIÉNIQUE DES LOCAUX ET DU MATÉRIEL SCOLAIRE

Elle doit être assurée par deux sortes de visites : 1° par des *inspections semestrielles* de l'aménagement et de la distribution des bâtiments ; 2° par des *visites hebdomadaires* au cours desquelles le médecin veille plus spécialement à leur entretien, à la propreté des classes et cabinets d'aisance, au chauffage, à l'aération, à l'éclairage, à l'adaptation du mobilier à la taille des élèves, « toutes choses aisément modifiables ». Ces inspections donnent lieu à des rapports ; leur rôle est primordial ; il est impossible de faire prendre des habitudes d'hygiène dans un local malpropre. Il serait à désirer que pour les premières, le médecin soit accompagné du maire ou de son représentant, de l'architecte, du délégué cantonal, de l'inspecteur primaire ; il leur montrerait sur place les points faibles d'un local qu'il connaît bien. Pour les établissements à contruire, il donne son avis sur le choix des emplacements, sur les plans et aménagements, sur le choix et la disposition du mobilier.

EXAMEN INDIVIDUEL

A chaque rentrée annuelle, le médecin procède à une visite collective et sommaire de tous les élèves.

Au cours de ses visites *hebdomadaires*, il se consacre en principe pendant le premier trimestre à l'examen des

nouveaux élèves ; pendant le troisième, à l'établissement des dossiers pour les placements d'été et l'orientation professionnelle ; dans l'intervalle à celui des enfants en cours d'études ; un examen annuel suffit à ceux qui n'ont pas été signalés par les parents, les maîtres, l'assistante ou le médecin lui-même comme justiciables d'une surveillance spéciale.

Il a lieu à l'école dans une salle bien chauffée, bien éclairée et pourvue d'une *bascule*, d'une *toise* et d'une armoire pour les fiches. Il est désirable que cette salle, éloignée du bruit, soit voisine du vestibule d'entrée et précédée d'une salle d'attente à l'usage des parents qui n'auront pas ainsi à pénétrer dans l'école proprement dite. En Allemagne dans les villes, et en France, à Lyon par exemple, l'examen a lieu dans une salle de circonscription ; ce système, qui permet de réaliser des économies de matériel, paraît irrationnel et dangereux en tant qu'il substitue au déplacement du seul médecin inspecteur celui des élèves et des personnes qui les accompagnent ; c'est pourquoi il est des écoles où le médecin se résigne à examiner les enfants dans les classes derrière un paravent.

Il n'y a pas de contrôle méthodique du développement individuel sans *fiche sanitaire* ; en France même, dès 1830, le Dr Bourjot, dans son « Essai sur la conduite que doit tenir un médecin attaché à une maison d'éducation » propose de doter l'élève d'une fiche médicale tenue à jour grâce à des visites trimestrielles et susceptible d'être « une feuille de route pour sa carrière ». La fiche, adoptée à l'étranger depuis la fin du XIX^e siècle, a été prescrite en

France dans les internats par la circulaire du 20 octobre 1902 ; la Commission permanente de préservation contre la tuberculose réclame en 1907 l'institution d'un carnet sanitaire comprenant une fiche médicale individuelle et une feuille de mensuration collective tenue à jour par l'instituteur tous les semestres ; le D^r Dufestel reprend cette idée et donne le nom de fiche médico-pédagogique à un feuillet indépendant du carnet sanitaire où le maître trouverait les chiffres de mensuration, ceux des acuités visuelle et auditive permettant de placer l'élève.

Pour sauvegarder le secret professionnel, la rédaction du carnet médical est réservée au médecin (l'assistante servant de secrétaire) qui le conserve dans une armoire fermée à clef ; il est remis aux parents en fin de scolarité ou détruit s'il n'a pas été réclamé (1).

Le carnet de santé doit présenter sous la forme la plus claire et la plus simple l'indication des caractères physiologiques de chaque enfant.

« Trois ordres de renseignements doivent y être notés : 1° les mensurations déterminant la forme du corps, au sens le plus large du terme, sa valeur motrice, sensorielle et mentale ; 2° les états pathologiques présents ou passés, les malformations, hérédité, contaminations tuberculeuses ou autres ; 3° les circonstances sociales : habitation, alimentation, hygiène générale et ressources de la famille. » (D^r Houdré.)

(1) Ehrhart (thèse Lyon 1926) propose de l'expédier au médecin inspecteur d'hygiène du département où est né l'enfant : « Ainsi serait créé dans chaque département, sous la garantie du secret professionnel, le casier sanitaire des citoyens qui y sont nés, homologue de leur casier judiciaire. »

A. — *Examen physique*

L'*assistante* procède *deux fois par an* à la mesure de la *taille* et du *poids* ; elle reporte les chiffres sur un graphique à côté de la courbe moyenne de croissance des enfants suivis dans la même région les années précédentes ; en effet, la croissance, en taille surtout, dépend en premier lieu « de la race dont le sujet reçoit l'énergie vitale qui lui permettra d'atteindre la taille de ses ancêtres » (1). Au médecin, physiologiste et statisticien, appartient l'appréciation des anomalies de la courbe de croissance (2).

Le *périmètre thoracique* et l'*amplitude respiratoire* apportent des indications utiles sur le développement général et le fonctionnement de l'appareil pleuro-pulmonaire ; la mesure de l'*indice spirométrique* mérite d'entrer dans la pratique.

(1) Les observations de Broca sur les enfants conçus en 1814-15, celles de nos contemporains sur les enfants du siège de Paris en 1870 et sur ceux des régions envahies pendant la dernière guerre prouvent l'influence perturbatrice d'une nutrition insuffisante : la taille est, d'ailleurs, moins affectée que le poids.

(2) Il importe de s'attacher plus à la progression régulière de la courbe qu'à sa superposition avec la courbe « normale ». La moyenne étalon peut en effet être faussée par des cas particuliers ; Dufestel a vu dans la même école 2 enfants de 13 ans peser l'un 70 kilos avec une taille de 160 centimètres et l'autre 25 kilos avec une taille de 137 centimètres. A l'égard du rythme individuel, la taille augmente par bonds sous l'influence d'une maladie infectieuse ou de la crise prépubère : Dufestel a vu un garçon grandir de 11 centimètres en 5 mois et une fille de 13 centimètres ; par contre, des myxoedémateux auraient pris 18 kilos en un an.

Les filles croissent en poids comme les garçons jusqu'à 10 ans ; puis pendant un an, leur poids augmente rapidement et dépasse celui des garçons ; ceux-ci les rejoignent vers 15 ans et les dépassent définitivement.

La combinaison des mesures anthropométriques a donné lieu à des coefficients d'allure scientifique dont le plus connu, l'indice de robusticité de Pignet, est censé représenter la « valeur numérique de l'homme » ; or, chez l'enfant, la proportion entre le poids, la taille et le périmètre thoracique varie d'un âge à l'autre (1), sa variation s'exprime par une courbe, résultante de trois termes, dont la critique en tant que moyennes n'est plus à faire.

La méthode préconisée par le docteur Houdré comporte deux épreuves organiques : poids, capacité respiratoire au spiromètre ; quatre épreuves musculaires portant sur les membres supérieurs et inférieurs, les muscles abdominaux et lombaires ; trois performances : course, saut, lancer, destinées à mettre en valeur l'asymétrie, la maladresse, l'essoufflement, la toux et la douleur, car il s'agit surtout, dans l'esprit de l'auteur, de dépister les affections ostéo-articulaires.

En résumé, trois groupes de mensurations ont une valeur indiscutable : celles qui donnent la notion du développement général : le *poids* et la *taille* ; celles qui expriment la *capacité vitale* ou respiratoire par l'amplitude thoracique ou l'indice spirométrique ; celles qui expriment la valeur dynamique par des épreuves qui restent à codifier. Il appartient au médecin de déterminer la cause morbide dont elles ont saisi l'apparence.

La mesure de l'*acuité visuelle* s'effectue avec l'échelle de Monnoyer à partir de la deuxième année de l'école primaire, avec les tableaux optométriques type Binet et Simon à l'école maternelle.

(1) De 10 à 11 ans prédomine l'accroissement en poids, de 11 à 15 ans l'accroissement en taille, et plus tard l'accroissement en circonférence.

Les méthodes destinées à reconnaître l'état de l'*audition* se bornent à désigner les sujets dont l'ouïe est faible en appelant ouïe bonne celle de la majorité des sujets ; on s'en tient à l'examen à la voix haute ou chuchotée, pour les grands à l'épreuve de la dictée au tableau noir, pour les petits à celle des gestes au commandement.

Les enfants, au nombre de 10 à 15 par séance, dont le dossier vient d'être ainsi amorcé par l'assistante, sont présentés au médecin.

Les renseignements sur les *antécédents des nouveaux admis* sont fournis par la *mère qui a été invitée à assister à l'examen* ; ils peuvent être recueillis par l'*assistante au cours d'une enquête sociale préalable* ; le procédé qui consiste à inviter les parents à remplir un questionnaire qui leur est envoyé donne des résultats incomplets et n'assure pas une *collaboration* aussi *confiante*.

L'examen des organes se fait méthodiquement suivant le plan indiqué par la fiche, sans instruments spéciaux ; il porte sur la constitution générale, la peau, la bouche, la gorge, les ganglions, l'état de l'appareil respiratoire, circulatoire, du système nerveux, du squelette.

Avis est donné aux familles d'avoir à faire traiter leurs enfants quand le médecin l'a jugé nécessaire.

Une fiche indépendante est consacrée à l'*examen dentaire* ; elle comporte un dessin schématique où le médecin note d'un trait les dents atteintes par la carie ; il n'est pas nécessaire de créer des inspecteurs spécialisés et de

« déprécier l'inspection d'hygiène scolaire en la segmentant à l'infini et en la rendant encombrante » (1) (Nogué).

L'inspection dentaire a pour but d'attirer l'attention de l'écolier et de sa famille sur l'opportunité des soins dentaires. La propagande du maître et de l'hygiéniste serait vaine si, chaque jour, *l'assistante* n'apprenait à l'enfant l'usage de la brosse à dents, et ne lui créait à son insu un *besoin de propreté* assez vivace pour persister à l'âge adulte ; il faut que de temps en temps elle complète le brossage individuel par un nettoyage total (1). Il est indispensable de mettre l'acte médical à la portée des enfants de parents pauvres ou négligents, en créant dans les agglomérations une *clinique dentaire*, dans les campagnes des ambulances. La clinique ne doit pas être un organisme d'assistance qui se borne à soulager gratuitement les rages de dents et les infections paradentaires ; à la clinique scolaire, en général, on ne fait de médecine curative qu'autant qu'il a été impossible de voir le sujet assez tôt pour faire de la prophylaxie ; en traitant des lésions qui ne l'auraient jamais été on ne fait de concurrence au praticien que dans la mesure où la médecine préventive s'efforce de retarder l'heure du recours à la médecine curative.

Médecin inspecteur et dentiste assurent : 1° l'inspection

(1) La circulaire du 23 mars 1908 institue l'inspection dentaire dans les internats primaires, écoles normales et écoles primaires supérieures.

(1) Il y aurait en Amérique, dans le Connecticut, un corps d'infirmières spécialement entraînées au nettoyage et au polissage mécanique des dents ; elles opèrent deux fois par mois ; on aurait, par l'hygiène, réduit la fréquence de la carie de 33 %.

des élèves de la plus petite classe ; 2° l'obturation de toutes les dents permanentes cariées, ainsi que de toutes les dents de lait qui pourraient contaminer la couronne d'une dent permanente en voie de percement ; 3° la révision systématique tous les 6 mois de tous les enfants à mesure qu'ils avancent en âge. La 2° grosse molaire temporaire et la dent de 6 ans constituent un couple sur lequel l'attention du médecin doit se porter ; celle-là ne tombe que vers 12 ans ; sa carie constitue pendant toute la période scolaire un foyer d'infection et conditionne la déviation de la dent de 6 ans, qui empêche elle-même l'issue de la 2° molaire définitive. Devant l'insuffisance du personnel, dans l'alternative de soigner les dents temporaires ou les dents permanentes, on se résigne à ne traiter que celles-ci et à laisser évoluer librement la carie des dents de lait qu'on ne peut extraire prématurément sans empêcher l'enfant de mastiquer et sans nuire au développement des dents de remplacement. Cette méthode irrationnelle et onéreuse qui laisse se renouveler chaque année le contingent des caries graves nécessitant des soins prolongés est encore en faveur auprès de ceux qui craignent l'indocilité des enfants et à qui il faut expliquer qu'une obturation est d'autant moins douloureuse que la carie est moins pénétrante.

Créons des cliniques dentaires (1). Nous y recevrons

(1) En Allemagne, dès 1909, des cliniques existaient dans 33 villes ; elles étaient au nombre de 120 en 1913 ; actuellement les plus modernes comprennent des salles d'attente, de lecture, d'opération, d'anesthésie, d'orthodontie, de prothèse, des laboratoires de radiologie, une infirmerie et des installations de radio-téléphonie. A Milan, en Pologne, à Buenos-Ayres, en Australie

sans doute quelques enfants de familles aisées qui pourraient être soignés dans des cabinets privés, mais, considération qui prime toutes les autres, il n'est pas d'hygiène dentaire scolaire sans clinique ; celle-ci doit tendre à être un centre de *prophylaxie* de la carie et de *diffusion des pratiques d'hygiène buccale* ; ainsi est-il permis d'espérer que la France publiera bientôt des statistiques telles que celle de Dayton (U. S. A.) où en 5 ans le pourcentage des enfants à dents cariées serait passé de 95 à 25 %.

Rhino-pharynx. — Le médecin scolaire doit avoir des connaissances suffisantes de chaque branche de la médecine pour reconnaître les troubles même légers au début de leur évolution et les signaler aux familles ; il reconnaît facilement *l'hypertrophie des amygdales*, mais il ne peut le plus souvent porter à l'égard des *végétations adénoïdes* qu'un diagnostic de probabilité. Aucun symptôme n'est pathognomonique, pas plus la présence d'un menton fuyant que le ronflement nocturne, l'albuminurie, les otites à répétition ou la paresse ; (il y a des respirations buccales qui relèvent de glossoptose primitive, de végétations disparues ou d'une hypertrophie généralisée de l'anneau de Valdeyer à l'égard de laquelle la curette de Fein est impuissante). Il faut adjoindre au médecin scolaire un technicien de l'oto-rhino-laryngologie qui, chaque semaine à la clinique scolaire examine les suspects, for-

circulent des ambulances d'odontotechnie — en France : Colmar, Strasbourg, Lyon, Saint-Etienne, Montpellier, Montluçon ouvrent la voie.

mule un diagnostic et décide s'il y a lieu de recourir aux services du chirurgien, du professeur de gymnastique respiratoire ou de l'hygiéniste. Il peut donner de menus soins, mais il ne pratique pas d'intervention ; les familles sont invitées à les faire exécuter à leurs frais ou aux frais des caisses de maladie, des bureaux de bienfaisance, des collectivités alimentant le dispensaire scolaire parfois. Une fiche de soins est établie qui vient s'intercaler dans le carnet quand le traitement est terminé.

Yeux. — Le médecin inspecteur envoie à l'ophtalmologiste de la clinique les hypermétropes, les myopes, les astigmates pour lesquels il prescrit le port de lunettes, les strabiques pour lesquels se pose la question de l'intervention ou de la rééducation.

Les centres d'hygiène scolaire les plus anciens, tel que celui de Lyon, se sont adjoints des *consultations* de dermatologie, de neurologie, d'orthopédie (1) ; des contrats passés avec des hôpitaux, des laboratoires de radiologie peuvent en tenir lieu.

Il nous paraît par contre indispensable de créer au centre de santé scolaire sous la direction du médecin et d'un moniteur spécialisé, des *cours de gymnastique corrective, respiratoire et orthopédique* ; le médecin n'a, en effet, à l'école aucun droit de regard sur la composition des programmes, l'horaire des leçons et la compétence des maîtres ; il se borne à constater les résultats, à déci-

(1) Elles ont reçu respectivement 32, 26, 18 enfants contre 1.778, 1.400, 631 aux consultations dentaire, oto-rhino-laryngologique et ophtalmologique pendant le même temps.

der des dispenses et, en théorie tout au moins, à doser les exercices suivant la capacité de travail.

La *gymnastique respiratoire* qui provoque, en même temps qu'un accroissement réel du thorax, une meilleure utilisation de la capacité pulmonaire, une augmentation de la résistance aux sensations susceptibles de provoquer la toux d'irritation, l'essoufflement, un « massage pneumatique » de la muqueuse nasale quand son réflexe est perdu chez les enfants qui respirent par la bouche, était appréciée de Rabelais dont le héros « pour s'exercer le thorac et le pulmon crioit comme tous les diables, puisqu'on l'entendoit de la porte Saint-Victor à Montmartre ».

La *gymnastique orthopédique* rectifie les déformations consécutives aux mauvaises attitudes scolaires et aux insuffisances musculaires et squelettiques.

B. — *Examen mental*

« Plus que jamais, les nations ont intérêt à tirer le meilleur parti possible des citoyens qui les composent, à ne gaspiller ni les intelligences supérieures en ne leur fournissant pas la culture qui leur conviendrait, ni du temps et de l'argent en donnant une culture supérieure à ceux qui ne peuvent en profiter ». (Claparède.)

Pour « cultiver » les enfants en fonction de leur capacité, les pays d'Amérique ont organisé méthodiquement la *sélection* dans les écoles ; des épreuves collectives opèrent une discrimination rapide, des épreuves individuelles contrôlent et précisent le premier jugement ; un examen médical complète ces investigations psycho-pédagogiques.

Des établissements d'éducation reçoivent les *anormaux*, d'une part ; les *mieux doués*, d'autre part (1).

En France, les projets d'école unique mettent heureusement à l'ordre du jour les problèmes de la sélection ; on se borne chez nous, en effet, dans quelques centres favorisés, au dépistage des *anormaux* ; on leur assure rarement une éducation spéciale.

Trois sortes de procédés concourent à réaliser l'examen. Les procédés pédagogiques, les procédés de la psychologie expérimentale, synthétiques avec Binet, analytiques avec Rossolimo, sont confiés à l'instituteur ; il ne paraît pas utile de créer une armée de psychologues spécialisés ; il suffit de compléter les programmes de l'école normale et ceux des Facultés de médecine, car *si l'instituteur constate l'arriération, le médecin en détermine la forme, la cause et le pronostic*. Il procède aux examens *somatique* et *psychiâtrique* ; il constate un trouble de la nutrition, des signes de dégénérescence ; la fiche individuelle révèle que l'apparition de la première dent, des premiers pas, des premiers mots, de la propreté nocturne a été tardive ; la persistance du signe de Babinski, des syncinésies motrices, de la conservation des attitudes, de la « paratonie », permet de prévoir la débilité mentale.

Malheureusement les dystrophies corporelles et les dystrophies mentales ne sont pas spécifiques des causes qui

(1) Pour ces derniers, des classes de « promotion spéciale » existeraient dans vingt villes d'Amérique, et, en Allemagne, à Charlottenbourg, Hambourg, Leipzig, Cologne.

les ont produites et sur lesquelles on voudrait agir ; elles ne se correspondent pas non plus entre elles. L'examen psychiâtrique permet de poser le diagnostic de maladie mentale.

Le but actuel de l'examen est de dépister l'enfant *anormal*, c'est-à-dire celui qui présente des « *tarès intellectuelles et morales, le plus souvent héréditaires, quelquefois acquises, qui l'empêchent de s'adapter spontanément au milieu social* ». Négligeons, parmi les *débiles intellectuels*, les idiots et les imbéciles justiciables de mesures d'assistance ; les anormaux sensoriels à vue faible, ouïe faible, doivent entrer dans une classe d'entraînement, comme il en existe à Strasbourg ; pour les anormaux du langage existent des cours d'orthophonie.

Restent les *paresseux* : un groupe est justiciable du seul *traitement hygiéno-diététique* ; il comprend les enfants dont la défaillance persistante de l'attention est due à une trouble organique, à la convalescence d'une maladie infectieuse (1) ; les vrais *débiles*, ceux qui, pour le commun des mortels, sont des enfants normaux simplement paresseux, lents ou distraits, sont pourvus d'un

(1) Laufer et G.-P. Boncour rapportent le cas d'un adénoïdien qui, après une intervention appropriée, aurait fait des progrès considérables en orthographe et en calcul ; or, au cours d'études sur la biologie de l'attention, ils ont déterminé le nombre des élèves dont l'attention était déficiente au bout d'un temps donné et obtenu le classement suivant des disciplines scolaires : arithmétique 108, orthographe 97, histoire 89, géographie 87, leçon de choses 74, dessin 67 ; toutes choses égales d'ailleurs, l'orthographe et l'arithmétique deviennent accessibles à un enfant dont l'attention atteint le degré voulu.

dossier construit sur les bases pédagogiques, psychologiques, médicales que nous avons exposées plus haut. Il en est de même pour les *anormaux du caractère*, les instables, les intermittents, les pervers, les épileptiques sans crises dont l'impulsivité est connue, et pour ceux dont l'anomalie mentale se complique d'une infirmité telle que paralysie, incontinence.

Les enfants anormaux sont, aux termes de la *loi de 1909*, à signaler à l'inspecteur primaire qui réunit une Commission où entrent un directeur ou instituteur d'école de perfectionnement et un médecin ; un représentant de la famille est invité à assister à l'examen de l'enfant. L'enfant est-il *perfectible* ? ou plus précisément est-il susceptible de *l'adaptation minima* ? Celle-ci est définie, selon G.-P. Boncour, par deux caractères : *indépendance économique* et *non nocivité* ; le premier peut n'être que partiel et l'individu est « utilisable » ; le second doit naturellement être absolu. *Un arriéré pur, qui n'a pas dépassé l'âge de 10 ans et dont le retard mental apprécié par les méthodes psychométriques est inférieur ou au plus égal à 3 ans est perfectible.* La sélection des anormaux du caractère est plus difficile ; la plupart des instables, les apathiques sont à orienter avec les arriérés perfectibles vers les établissements de perfectionnement.

La *loi de 1909* a institué des *classes annexées aux écoles élémentaires publiques* et des *écoles autonomes* qui gardent les enfants jusqu'à 16 et 18 ans et peuvent comprendre un demi-pensionnat et un internat.

L'éducation donnée dans ces établissements doit être individualisée : on constitue des groupes homogènes de 15 enfants qui

peuvent progresser d'un pas égal ; elle doit être utilitaire et viser l'adaptation sociale par l'enseignement du travail manuel précédé d'exercices d'éducation sensorielle, d'assouplissement musculaire, de coordination psychomotrice. « Si l'instruction obligatoire est pour l'enfant normal une conquête précieuse, elle n'est souvent pour les anormaux que la perte d'un temps précieux. Il faut avant tout leur permettre de vivre, c'est-à-dire d'acquérir par un travail rémunérateur une certaine indépendance sociale et, accessoirement, leur donner des notions scolaires. » (Vermeyleylen). Le milieu éducatif doit répondre aux nécessités individuelles ; il faut préférer l'internat pour les anormaux du caractère dont les parents sont porteurs de tares analogues.

Régis a insisté avec raison sur la nécessité de placer dans les meilleures conditions hygiéniques, ce qu'il appelait l'hôpital-école de perfectionnement ; *le rôle du médecin y est beaucoup plus important que ne le laisserait supposer la loi* ; elle ne prévoit qu'une visite individuelle chaque semestre ; plutôt qu'un hôpital l'établissement est un *dispensaire où les enfants suivent un traitement dans l'intervalle des exercices éducatifs*.

En France (1), pays dont est partie l'idée de la récupération des anormaux avec Itard, Seguin, Bourneville, sur les 50.000 anormaux recensés en 1927 par l'Office national d'hygiène sociale, 450 sont dans des classes de perfectionnement annexées, 1.600 dans les écoles autonomes externat (dont 1.500 en Alsace et en Lorraine) et 550 dans les écoles internats. Il y a en outre dans le recrutement un décalage vers le bas d'où résulte une dépréciation de

(1) La première école pour arriérés semble avoir été fondée à Halle, en Prusse ; en 1891, l'Allemagne possédait 91 classes auxiliaires dans 45 villes pour 4.728 enfants et, en 1919, 305 villes étaient pourvues d'établissements spéciaux fréquentés par 39.000 enfants.

l'enseignement spécial et un découragement du personnel (1).

Des spécialistes seront attachés aux principaux établissements, des consultations de neuro-psychiatrie seront créées, mais *un gros effort n'en sera pas moins demandé au corps des médecins scolaires* le jour où, en matière de dépistage et d'éducation, la France se mettra à la hauteur de ses voisins.

La loi de 1909 peut, en devenant obligatoire, multiplier les établissements de perfectionnement ; il lui sera difficile d'en imposer l'usage : « tout le monde ne peut pas naître orphelin ». C'est qu'en effet, parallèlement à la propagande en faveur d'une révision de la législation des anormaux, le médecin doit poursuivre *l'éducation du public* ; en matière *d'hygiène mentale tout est à faire* : le qualificatif d'anormal ne doit plus être réservé aux idiots et aux infirmes et la classe de perfectionnement comparée à un musée d'horreurs ; les parents doivent connaître leur responsabilité en matière d'hygiène prénatale (2) « les parents ont mangé du raisin vert et les dents des enfants ont été agacées », et savoir qu'il existe des traitements qui leur donneront des enfants sains ; leurs attention doit être attirée sur le dépistage de l'arriération mentale par le retard du développement moteur, sur le caractère morbide des prétendus défauts du caractère non justiciables

(1) L'agglomération parisienne possède 8 classes, d'ailleurs encombrées de mongoliens imperfectibles, et 1 école à Asnières, 23 communes de province possèdent une école ou des classes.

(2) « Toute la neuropsychiatrie est dominée par la notion de l'hérédité, c'est celle-ci qu'il faut attaquer pour la rendre de plus en plus favorable aux enfants qui naîtront. » (Henryer).

toujours de moyens psychologiques et coercitifs, etc... L'ignorance vaincue il est plus difficile de lutter contre les sentiments des familles, jalouses de leur dignité, qui ne voudraient pas reconnaître une tare dont l'envoi dans une école spéciale constituerait la révélation publique, contre l'avarice, contre l'égoïsme des ménages désunis.

Il n'est pas question d'arracher systématiquement les enfants à leur famille ; la meilleure éducation se fait sur les genoux de la mère (1) ; une enquête sociale détermine les parents à qui on peut faire confiance (2) ; alors l'ingéniosité des maîtres applique aux arriérés légers les méthodes de l'« école active » si peu susceptibles de nuire à l'ensemble de la classe que les procédés d'éducation sensorielle les plus en vogue ont été inventés à l'usage des anormaux ; l'affection dont les parents entourent leurs « innocents », la simplicité de la vie provinciale permettront leur utilisation dans les besognes les plus simples de la vie rurale.

Dépister les anormaux, leur assurer un régime spécial, surveiller l'application de celui-ci dans les établissements de perfectionnement ou à l'école primaire s'il s'agit d'anomalies légères, faire l'éducation des maîtres et des familles en hygiène mentale, tel est le rôle actuel du mé-

(1) « Deux enfants constituent deux individualités morales différentes issues de longues lignées étrangères l'une à l'autre ; les plus proches d'eux, leurs parents respectifs, sont les plus capables de faire passer dans leur être des habitudes de penser et d'agir et de leur faire sentir l'attrait de certaines notions ou la nécessité de certaines disciplines » (Coutillard).

(2) En Amérique, des « éducatrices à domicile » sont spécialisées dans l'étude de l'interpsychologie familiale et des réactions des enfants difficiles.

decin scolaire. Bientôt on lui demandera de collaborer à l'œuvre plus générale de la *sélection sociale*, d'examiner autant que les déficients les mieux doués dont la résistance nerveuse peut être fragile.

Conclusion

La surveillance du développement individuel donne lieu à des annotations trop nombreuses pour trouver place sur la fiche modeste dont la ville de Nice fut la première à introduire l'usage en France ; l'adoption d'un *carnet* (1) « constitue un acheminement vers l'institution du dossier sanitaire qui serait dressé à la consultation pour nourrissons, suivrait l'enfant à l'école pour passer éventuellement entre les mains du médecin chargé de la tutelle des apprentis et du service de santé de l'armée ». (D^r Sand.) On aurait tort de penser que l'institution est corrélative de l'obligation scolaire ; on a dit *qu'à l'école maternelle* la fréquentation était irrégulière, l'examen difficile et inutile car les méfaits du séjour à l'école primaire accusée si aisément d'être une « fabrique de myopes et de scoliotiques » ne s'étaient pas encore manifestés ; mais la présence des mères est plus facile à obtenir ; enfin la prophylaxie des maladies transmissibles et le dépistage précoce des anormaux nécessitent la connaissance des antécédents et la pratique d'un examen individuel dont il serait regrettable de ne pas fixer le résultat.

(1) Le carnet de Bordeaux ne compte pas moins de 32 pages.

PROPHYLAXIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

« Elle résulte, dit le D^r Dufestel, de la surveillance de la bonne tenue des locaux, de la visite quotidienne de propreté corporelle, pratiquée par le maître ou l'assistante, de l'éloignement des enfants atteints d'affections contagieuses et des mesures (désinfection, licenciement partiel ou total des élèves, etc...) que le médecin édicte en cas d'épidémie ».

Les enfants atteints de *phthiriasis* peuvent être évincés et leurs parents avisés des poursuites auxquelles les expose la loi sur la fréquentation scolaire s'ils ne pratiquent pas un épouillage qui permette la réadmission. La menace n'est pas efficace, et pour conserver à l'école un certain nombre d'enfants qui en seraient éloignés faute de soins, le médecin organise l'épouillage (1) ; les résultats ne durent qu'autant que la réinfection n'a pas lieu à domicile ; il faut opérer souvent sur les mêmes sujets tant il est vrai que l'hygiène publique est faite pour suppléer dans la mesure du possible à l'hygiène individuelle.

Les *infections cutanées bénignes* survenues chez des enfants négligés sont soignées par l'assistante.

A l'égard des *maladies contagieuses aiguës*, en règle

(1) Dans la Seine-Inférieure un tiers des enfants seraient porteurs de poux et la ville du Havre a adjoint à ses 7 assistantes d'hygiène 4 aides de propreté ; la municipalité de Strasbourg, émue des frais de main-d'œuvre nécessités par le traitement au pétrole et à l'eau vinaigrée (2 heures par tête), a installé à l'établissement de désinfection un appareil à gaz sulfureux qui permet en 15 minutes de tuer les poux et lentes sur la tête d'un enfant et de désinsectiser en même temps ses vêtements ; en 1928, 1.235 enfants ont été traités.

générale, le médecin doit chercher à faire un diagnostic précoce et à isoler le malade avant qu'il ait pu répandre la contagion autour de lui ; a) Dépistage : Le médecin procède en cas d'épidémie à des visites supplémentaires ; il classe les élèves en réceptifs et non réceptifs à l'égard des maladies où une première atteinte confère l'immunité ; de la date à laquelle a pu s'opérer le contagement il déduit la période pendant laquelle il faut s'attendre à voir apparaître les symptômes. Il donne aux familles, au personnel scolaire les notions juste nécessaires à leur faire déceler les suspects qu'ils soumettront à son examen.

Il est informé de l'existence d'une maladie contagieuse chez un enfant de l'école dont il a la charge, soit par une lettre des parents au directeur, soit par la *déclaration du médecin traitant* au service d'hygiène, à condition que ce médecin comprenne l'utilité d'une déclaration précoce dans tous les cas, même bénins ; les services d'hygiène doivent être pourvus d'un fichier où le classement alphabétique des noms permet de retrouver l'école fréquentée par l'enfant.

La *réadmission* des enfants après une absence de plus de 5 jours de classe consécutifs ne doit avoir lieu que sur autorisation du médecin inspecteur ; l'enfant est présenté à la consultation hebdomadaire ; dans le cas où la nature de la maladie est inconnue il est difficile de faire un diagnostic rétrospectif ; il faut donc que *l'assistante* relève périodiquement le nom des absents et se transporte à leur *domicile* aux fins d'enquête ; sa tâche est délicate : elle ne jouit pas de la compétence du médecin, elle se heurte

à la mauvaise foi de la famille qui lui présente le frère de l'enfant cherché quand elle ne veut pas avouer que celui-ci est malade ou employé aux travaux du ménage, elle sollicite des prescriptions thérapeutiques ou des appréciations sur la conduite du médecin traitant ; en général, cependant, la démarche est efficace, la cause de l'absence est révélée et la fréquentation scolaire devient plus régulière ; il est dans les attributions de l'assistante de préconiser des mesures d'isolement, de désinfection, de pratiquer des prélèvements et de s'assurer qu'il n'existe pas dans la maison d'autres enfants d'âge scolaire, renseignement important que la déclaration du médecin traitant ne peut malheureusement donner (1) ; des mesures de police sanitaire générale y pourvoieront.

b) Prophylaxie : Le préfet fixe par arrêté les mesures relatives au maintien de la salubrité dans les écoles conformément aux indications contenues dans le règlement modèle du 18 août 1893 ; l'arrêté du 3 février 1912 a fixé la durée d'isolement à prescrire pour les élèves atteints de maladie contagieuse.

Les mesures de *prophylaxie collective* comprennent la désinfection de la place de l'écolier, de ses livres, de la classe, et la fermeture temporaire de l'école ; celle-ci constitue une mesure exceptionnelle qui a le tort de substituer à la contagion scolaire dont l'importance décroît avec

(1) Dans la Seine, pour les cas de diphtérie et de fièvre typhoïde, l'Inspection générale des services techniques d'hygiène procède à des enquêtes minutieuses et dépiste les enfants d'âge scolaire habitant le même appartement, voire le même immeuble que les malades.

les progrès de l'hygiène, la contagion de la rue d'autant plus grave qu'elle échappe à tout contrôle.

La *vaccination* complète l'arsenal de défense contre la *diphtérie* ; ce n'est plus le mal terrible qui, du temps de Trousseau, emportait le quart de l'effectif scolaire d'un village et sur 17 individus constituant la population d'une ferme de Sologne, n'en épargnait que 2 « sauvés par le curé de Tremblevif qui leur avait touché 8 ou 10 fois la gorge avec de l'esprit de sel » ; cependant, elle a marqué récemment une recrudescence.

A l'école maternelle, de 2 ans $\frac{1}{2}$ à 6 ans, la proportion des réceptifs est telle qu'on peut vacciner d'emblée tous les élèves ; à partir de 6 ans une réaction de Shick préalable désigne les réceptifs ; pour ne pas multiplier les « piqûres » et pour éviter la confusion avec la vaccination antivariolique, qui a lieu à 10 ans, il faut vacciner contre la diphtérie à l'école maternelle ou dès le 1^{er} trimestre de l'école primaire, période au cours de laquelle la fréquentation scolaire est la plus régulière (1).

Animé du souci de ne pas nuire à la fréquentation scolaire par des mesures d'éviction injustifiées, de ne pas grever le budget par des désinfections inutiles, le médecin

(1) La vaccination est obligatoire à Lyon, facultative à Paris. Il n'y a pas à s'inquiéter, dit le docteur Harvier, des diphtéries chez les vaccinés ; les 3 injections d'anatoxine pratiquées dans les délais réglementaires, sont efficaces dans 93 % des cas, il faut savoir, d'une part qu'il y a des enfants qui s'immunisent mal comme il y a des chevaux mauvais producteurs de sérum et, d'une part, que les vaccinés peuvent être porteurs de germes : le diagnostic de diphtérie chez un vacciné ne se pose pas sur le seul examen d'une lame au laboratoire, mais sur la constatation de fausses membranes.

inspecteur varie ses mesures de prophylaxie avec l'état sanitaire de l'école ; celui-ci est la résultante des conditions actuelles relatives aux maladies régnantes, au génie épidémique et des conditions plus stables qui s'expriment dans le *casier sanitaire* ; c'est un registre qui présente les plans du bâtiment, les résultats fournis annuellement par l'examen des fiches et qui relate, en un mot, l'histoire de la vie sanitaire de l'école.

A l'égard de la *tuberculose*, l'enfant peut, au cours de la période scolaire, réaliser sa primo-infection ou réactiver des lésions latentes ; le *foyer est souvent hors de l'école, c'est au service social à l'atteindre*. La préservation à l'école est assurée par l'élimination des condisciples atteints (1). Pour assurer la liaison avec le dispensaire antituberculeux qui pratiquera les examens radiologique et bactériologique s'il y a lieu, le médecin scolaire ne doit pas signaler l'écolier et sa famille à son collègue et celui-ci leur envoyer une de ses visiteuses, il doit engager la famille à recourir aux services de l'office de prophylaxie (sans préjudice des soins du médecin

(1) Le dépistage entrepris par Grancher dans les écoles des xv^e et xviii^e arr. avait montré que les tuberculeux représentaient 15 à 18 % des effectifs mais des formes occultes restaient inaccessibles aux procédés de la clinique ; inversement, le diagnostic d'adénopathie trachéobronchique était trop aisément porté. L'emploi de la réaction à la tuberculine conditionne des statistiques plus exactes ; négative, elle permet d'éliminer la tuberculose chez un suspect ; fortement positive, « phlycténulaire », elle décèle un processus en activité ; le pourcentage des réactions positives passe, de 6 à 15 ans, de 23 à 74 % d'après Vitry. En Allemagne, à Mulheim, la méthode cutanée de Monro (pour éviter que la population ne se dérobe aux manœuvres plus impressionnantes de la réaction de Pirquet) est pratiquée systématiquement sur tous les enfants de la première année de l'école primaire et renouvelée 2 ans après.

traitant) et l'infirmière du dispensaire ne se substitue à celle de l'école qu'après entente réciproque ; d'ailleurs, à la campagne, une visiteuse polyvalente peut cumuler la médecine scolaire avec d'autres branches de l'hygiène sociale (1). A Paris, chaque médecin scolaire a reçu un carnet à souche; c'est avec une feuille détachée de ce carnet que l'enfant se présente au médecin du dispensaire; celui-ci renvoie à son collègue le résultat de ses examens ainsi que les propositions qu'il croit devoir faire pour le placement de l'enfant dans un établissement de cure ; il s'agit d'une mesure de prophylaxie individuelle plutôt que d'isolement ; les sujets bacillifères sont rares parmi les élèves.

On peut en trouver par contre parmi les adultes, *membres du personnel enseignant et administratif* (2). Un examen périodique suivi éventuellement d'une mise en congé d'office devrait être imposé au personnel (3).

(1) « Dans les villes, la répartition des infirmières peut être établie en prenant le quartier et la famille comme unités plutôt que l'âge du sujet ou la nature de la maladie dont il est atteint ; sans doute la spécialisation assure une compétence plus grande et il est désirable que la même infirmière ne dépende pas de plusieurs autorités qui s'ignorent ; mais ce qui importe, c'est l'établissement de relations confiantes et suivies avec les familles visitées, relations plus faciles à nouer dans un district restreint où l'infirmière est vite connue, où le temps ne se perd pas en allées et venues, où les infirmières ne sont pas exposées à se contredire, à être comparées l'une à l'autre au point de vue de leurs talents ou de leur assiduité ; d'ailleurs, les habitudes en matière d'hygiène, les conditions sociales et les maladies elles-mêmes sont plus familiales qu'individuelles » (Dr Sand).

(2) La province de Buenos-Ayres aurait licencié en 1926 16,9 % des maîtres pour tuberculose contagieuse.

(3) Actuellement la loi du 30 avril 1921 accorde aux membres de l'enseignement atteints de tuberculose et de maladies mentales un congé de 3 ans avec traitement intégral et un autre de 2 ans avec demi-traitement ; elle joue à la demande de l'inté-

Je ne crois pas, a dit L. Bernard, à la nécessité de la *désinfection* des locaux, du matériel, des fournitures ; pour que la contagion puisse s'effectuer il faut une source permanente de bacilles, un « contact vivant » d'autant plus efficient qu'il agit sur des sujets plus jeunes ; la désinfection ne peut rien contre lui et ne mérite guère l'effort financier qu'elle entraîne non plus que le bouleversement moral qu'elle provoque ; les bacilles contenus dans un local sont détruits par le soleil, par un simple lavage ; « Le jour où tout serait propre, aussi bien les hommes que les choses, nous aurions réalisé un plus grand progrès que celui qu'on peut attendre de la désinfection, de la désinfection sur la saleté ».

Nous traiterons à propos de la défense contre la tuberculose des institutions qui contribuent à accroître la résistance de l'organisme : cantines, écoles de plein air, colonies de vacances.

A la *cantine* la surveillance du médecin s'exerce, par l'intermédiaire de l'assistante, non seulement sur la composition du menu mais sur la façon dont le repas est absorbé, sur les soins de propreté pris avant et après, sur le lavage des dents : le repas constitue une leçon d'hygiène pratique. Le lait donné entre les repas est un aliment susceptible de compléter une ration insuffisante; on ne peut l'obtenir partout dans des conditions de ramassage et de pasteurisation convenables (1).

ressé ou à celle de l'inspecteur d'académie sur un rapport des supérieurs ou sur une attestation médicale.

(1) Les enfants d'une maternelle du XIII^e arr. reçoivent, à 10 heures, 250 cc. de lait sucré et, à 16 heures la même quantité

La première école de plein air semble avoir été fondée à Charlottenbourg en 1904 ; à Lyon en 1907 s'ouvre l'école du Vernay ; à New-York dès 1910 on trouvait de ces écoles sur les toits et sur les bacs dans les bras de mer qui entourent la ville ; Rolier crée à Leysin son école au soleil. L'école de plein air est un établissement d'éducation situé hors des villes, dans de bonnes conditions d'exposition et réservé aux enfants non tuberculeux, qui ont besoin d'un régime scolaire et hygiénique spécial sous un contrôle médical. Elle peut être conçue sur le type externat ou sur le type internat ; celui-ci devra être offert aux enfants qui subiraient au foyer familial des conditions hygiéniques défectueuses. Les admissions à l'école de plein air sont faites sur la proposition du médecin scolaire ; or, ceux qui « présentent le maximum totalisé de misère sociale et physiologique », sont fatigués par la vie qu'on y mène et le trajet à faire pour s'y rendre.

Beaucoup d'entre eux sont justiciables du *préventorium* ; il reçoit des enfants le plus souvent exposés à la contagion familiale, non fébricitants, non contagieux, atteints de formes initiales, latentes et curables de tuberculose non pulmonaire et des enfants à cuti négative qu'on suppose en période antéallergique ; ils sont soumis en régime d'internat à une hygiène spéciale constituée

sous forme de bouillie. Dans les écoles de Strasbourg en 1928, 1.478 gobelets ont été distribués gratuitement aux indigents désignés par le médecin, et 2.385 contre paiement. A Birmingham, le lait est délivré en bouteilles cachetées et accompagné de pailles stérilisées de manière à ce que la dégustation soit lente.

Le médecin scolaire ne fait pas de traitement ; on doit donc proscrire les distributions d'huile de foie de morue, de sirops, qui sont des médicaments.

par une alimentation surveillée, à une aération continue et une association de repos et d'entraînement physique, respectivement dosés par la collaboration d'un *médecin*, et d'un *pédagogue* (1).

Il est facile d'instituer dans une école ordinaire des *classes aérées* dont les fenêtres sont ouvertes en permanence sur une seule façade.

Les centres d'hygiène scolaire que la caisse des écoles ou la municipalité n'a pas pourvu d'*établissements de cure ou de colonies de vacances* peuvent envoyer les enfants dans des établissements autonomes qu'ils subventionnent ; dans le XIV^e arrondissement, les frais sont acquittés en partie par les familles (les 4/5 furent couverts en 1925, ce qui est un résultat intéressant au point de vue social).

L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE AUX ÉLÈVES

A l'*école maternelle* le médecin est le *conseiller technique* du corps enseignant à qui incombe la tâche de réaliser le « *dressage hygiénique* » de l'enfant ; les instructions ministérielles du 10 mars 1908 disaient très justement : « la valeur de la directrice ne se mesure nullement par le nombre des connaissances communiquées et la durée des exercices, mais plutôt par les connaissances et la sollicitude manifestées à propos de la santé et du bien-être des enfants », et le décret du 15 juillet 1921 : « L'emploi du temps dans les écoles maternelles et les

(1) Définitions du 1^{er} Congrès international des écoles de plein air, Paris 1922.

classes enfantines comprend : 1° des exercices physiques : exercices respiratoires, jeux, mouvements gradués et accompagnés de chants ; 2° des exercices sensoriels, des exercices manuels, des exercices de dessin ; 3° des exercices de langage, etc.,

A l'école primaire il n'est plus question seulement d'exercices, mais de leçons d'hygiène ; « au fur et à mesure que l'enfant grandit il est désirable qu'il raisonne sa conduite et qu'il la justifie à ses propres yeux ; il n'en demeurera que plus fermement attaché aux pratiques dont il aura pris l'heureuse habitude. Au dressage doit se superposer *l'éducation* ; les habitudes se doublent de principes ». (Berthelot.) Le médecin, le maître et l'assistante donnent chaque fois que l'occasion se présente des notions dispersées ; le maître fait des leçons d'hygiène en application de ses leçons de sciences ; c'est l'enseignement du médecin qui présente le plus de précision et de rigueur.

Il organise par exemple, périodiquement, la « journée d'hygiène avec centre d'intérêt » ; ce jour-là, le maître abandonne l'emploi du temps et se trace un programme où chaque matière d'enseignement (morale, éducation civique, calcul, sciences, histoire, géographie) se rattache à un sujet déterminé d'hygiène et à l'idée à mettre en relief. Le médecin fait une courte conférence illustrée par des projections, il propose des sujets de rédaction et organise des concours.

QUALITÉS — RECRUTEMENT — RÉMUNÉRATION

Nous croyons avoir suffisamment démontré *qu'on ne s'improvise pas médecin scolaire* ; il faut demander au candidat de justifier par un *concours* ou tout au moins un *exposé de titres*, qu'il a accompli des stages qui l'ont initié aux diverses branches de la médecine infantile et de l'hygiène ; sa tâche se complique de jour en jour : « L'hygiéniste se confondait presque au début avec le moraliste et ses préceptes de modération, de propreté, de retour à la nature n'étaient guère que du bon sens codifié ; il s'est enrichi ensuite par les apports de la physiologie, de la bactériologie, de la technologie sanitaire, de la physique et de la chimie. Aujourd'hui, c'est la sociologie qui l'éclaire ». (D^r Sand.)

Le fonctionnaire entre les mains duquel est déjà centralisée la *défense hygiénique d'une circonscription*, présente le maximum de compétence ; il fera profiter l'hygiène scolaire des perfectionnements techniques des services qu'il dirige et des notions d'épidémiologie et de psychologie « régionales » qu'il a acquises. Dans le cadre départemental l'emploi des médecins *inspecteurs d'hygiène de circonscription*, dont les attributions comportent le service d'inspection médicale des écoles, utilise au mieux les sacrifices consentis par l'économie nationale. Dans le cadre communal, des considérations analogues s'appliquent : en 1922, parmi les 316 médecins en

chef (1) des écoles anglaises, 283 remplissaient en même temps les fonctions de directeur de bureau d'hygiène.

A défaut d'hygiénistes, on a pris au début des médecins praticiens ; à Paris où le corps des médecins scolaires comprend un nombre important d'anciens internes et de professeurs, où la qualité du recrutement est assurée par un concours sur épreuves et où l'étendue de l'agglomération supprime toute difficulté d'ordre déontologique, on n'a eu qu'à se louer de leurs services. Dans les petites villes et à la campagne, le praticien, mal préparé au rôle d'hygiéniste, tenu à distance par des confrères qui l'accusent de drainer leur clientèle à son profit, redoute de s'aliéner la sympathie d'une population qui ne conçoit pas un diagnostic sans prescription thérapeutique, s'indigne des enquêtes et des mesures d'éviction : l'inspection devient sommaire et la prophylaxie complaisante ; elle répond à la modicité de la rémunération que la répartition des crédits en « poussière » rend obligatoire. Les

(1) Le médecin en chef est tantôt indépendant, tantôt rattaché au bureau d'hygiène ou à la Direction de l'Enseignement comme à Paris. C'est à lui qu'incombe le soin de concentrer tous les rapports des médecins, de les étudier et d'en soumettre l'approbation aux autorités compétentes ; de classer les améliorations matérielles demandées suivant leur degré d'urgence et de provoquer l'exécution des travaux ; de rassembler les résultats de l'examen des écoliers, de dresser les statistiques annuelles et d'en tirer les conclusions ; d'éclairer l'autorité sur les moyens de réaliser les « sanctions » de l'inspection médicale : créations d'école de plein air, d'écoles d'anormaux, de dispensaires ; d'assurer la transmission des déclarations de maladies contagieuses, de déterminer les mesures à prendre pour enrayer les épidémies et de veiller à leur généralisation et à leur coordination ; de représenter le corps des médecins scolaires au sein des commissions dans lesquelles sont traitées les questions d'hygiène scolaire ; d'être, en un mot, l'intermédiaire entre le médecin scolaire et l'administration.

associations professionnelles se sont employées à défendre les intérêts de leurs membres en revendiquant le droit d'organiser l'inspection sur les bases du contrat collectif ; elles posent en principe que l'Etat doit, d'une part, se borner à contrôler la manière dont les familles font leur devoir envers leurs enfants, à surveiller les locaux scolaires et à éviter les contagions, et, d'autre part, respecter le rôle du médecin de famille, l'œuvre ne devant être qu'un moyen de lui permettre de soigner mieux et plus complètement. Le projet élaboré par l'Union confie au médecin de « secteur » l'inspection des locaux, l'hygiène pédagogique et l'hygiène de l'écolier ; le médecin de la famille remplit les fiches semestrielles aux frais de celle-là ou du budget d'assistance médicale gratuite de la commune ; il reçoit en outre de l'Etat une indemnité annuelle. Les médecins sont choisis par le préfet sur une liste présentée par le syndicat ; une Commission de contrôle et de surveillance composée de délégués du Conseil général, de l'administration académique et du syndicat médical a à connaître de toutes les plaintes concernant le service et propose au préfet des sanctions pour lesquelles une Commission d'arbitrage sert de tribunal d'appel.

Le projet donne lieu à des objections de principe : L'Etat, dit M. Guillon, ne peut confier la gestion des services publics à des syndicats comprenant toutes les personnes titulaires d'un diplôme déterminé (sans être pour cela compétentes en hygiène scolaire), le dernier mot appartenant en cas de conflit, non aux représentants de

l'autorité publique, mais à des Commissions paritaires d'arbitrage ; le système équivalait à la reconnaissance indirecte d'un syndicat obligatoire, aucun médecin ne pouvant participer au service public d'hygiène s'il n'est pas syndiqué ou agréé par le syndicat ; le jour où ce dernier lui retire son agrément, les familles doivent, au moins pour l'examen des enfants, lui retirer leur confiance, donc le pouvoir disciplinaire passe en fait du chef des services publics au syndicat médical.

Le contrat n'a en fait été accepté nulle part sous cette forme. (Quelle sanction aurait été prise contre les familles qui auraient négligé de faire appel à un médecin ? Quelle valeur aurait eue les examens faits au domicile des enfants et quel sacrifice financier aurait dû être consenti pour rémunérer les frais de déplacement résultant de la substitution des visites individuelles aux visites groupées ?) Le même médecin contrôle le développement de l'enfant et l'hygiène des locaux ; après avoir songé au désastreux système du roulement on a confié le service à tous les médecins qui le désiraient ou à ceux qui avaient été antérieurement pourvus d'une circonscription de vaccination et d'inspection des nourrissons, ce qui revient au même ; le plus souvent l'entente est purement verbale : le préfet ou le maire consultent le syndicat local sur le choix des médecins praticiens affectés au service qu'ils ont organisé.

Leur traitement, dans les départements comme dans les communes, est fixe ou calculé à partir de la surveil-

lance d'un enfant comme base (1) (indemnité kilométrique en sus). Les départements qui font appel à des médecins spécialisés sans clientèle ou à des inspecteurs d'hygiène de circonscription (2) les rémunèrent sur leur budget ; celui-ci est allégé par la contribution des communes intéressées, par celle des Offices des pupilles de la nation ; l'Etat intervient par une contribution du ministère de l'Instruction publique dans le premier cas, et dans le second par une participation au traitement des inspecteurs (3) ; cette participation est plus importante s'ils assurent en même temps le service de la lutte antituberculeuse et antisiphilitique. La majorité des organisations françaises ont un cadre plus restreint ; le médecin est rémunéré sur le budget communal ou sur celui des caisses des écoles, des coopératives, etc...

(1) Taux minimum, 5 francs.

(2) Hérault. Traitement, 30.000 francs (frais de déplacement non compris).

(3) Barèmes de la loi de 1902 : participation des communes, 42 % ; de l'Etat, 25 %.

CONCLUSIONS

1° L'inspection médicale scolaire doit être en France l'objet de nombreuses créations ; il importe qu'une loi vienne en établir les bases, quitte à laisser une certaine liberté d'adaptation aux organisations en vigueur. Les expériences multipliées dans le monde depuis 30 ans ont permis d'élaborer un plan caractéristique de notre stade d'évolution sociale et scientifique : « Une des vérités politiques les plus familières c'est que dans le cours de l'évolution sociale la coutume précède la loi et que la coutume, une fois solidement établie, devient loi en recevant la consécration officielle et une forme définitive ». (Spencer.)

2° Dans l'intérêt de l'hygiène et de l'économie nationales le médecin scolaire doit se consacrer exclusivement à ses fonctions ; il doit faire la preuve d'une formation complémentaire en médecine et en hygiène ; il doit être secondé éventuellement par des spécialistes.

3° Certaines méthodes éducatives, certains traitements chirurgicaux, médicamenteux et souvent hygiéniques, doivent être mis à la portée de tous les enfants par la création d'écoles de perfectionnement, de cliniques scolaires, d'écoles de plein air, de colonies de vacances et de préventoriums.

4° Pour seconder le médecin à l'école et réaliser l'éducation hygiénique des élèves, pour faire hors de l'école des enquêtes, transmettre aux parents les conseils du médecin et les inciter à s'y conformer, conduire les enfants à la clinique scolaire, renseigner la famille sur l'aide qui peut lui être apportée par les œuvres publiques et privées le concours d'une assistante est indispensable ; il est possible d'adapter les nouvelles générations d'institutrices à ce rôle ; sans assistante, l'inspection est une « façade derrière laquelle il n'y a rien », et le médecin se borne à recueillir des éléments de statistique. L'école n'offre-t-elle pas, au contraire, à ceux que l'opinion publique a, depuis Molière, si souvent meurtris, l'occasion de prouver qu'il est en leur désir et, dans une large mesure en leur pouvoir, de donner aux hommes la possibilité de garder la santé ?

5° Le but vers lequel tend l'inspection médicale n'est pas de soigner année par année les enfants qui souffrent, ni même ceux qu'une affection méconnue ne fait pas souffrir encore : c'est de leur inculquer des habitudes qu'ils conserveront à l'âge adulte et pourront transporter avant cette échéance dans le milieu familial ; l'éducation de la nation est la condition de l'efficacité des lois d'hygiène.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

Le doyen,

H. ROGER.

Vu : le Président de thèse,

L. TANON.

BIBLIOGRAPHIE

PREMIERE PARTIE

L'inspection médicale des écoles en France

AIISNE. — Règlement départemental, 1927.

ALGER. — Rapport du Dr Lemaire. (Médecine scolaire, 1^{er} juin 1928).

ALLIER. — Rapport de M. Gondouin, préfet, à l'Office départemental d'hygiène, 1927.

Montluçon : Documents municipaux (1), oct. 29. Les œuvres officielles de sauvetage de l'enfance (Dr Busière). — L'effort sanitaire et social du Bureau d'hygiène (Dr Obrenovitch).

ALPES-MARITIMES. — Nice : Documents municipaux, nov. 29.

ARDENNES. — Mézières : Documents de la Bourse du Travail (2), 1928.

AUBE. — Troyes : Documents municipaux, oct. 29.

BAS-RHIN. — Règlement départemental, 30 avril 1924.

Strasbourg : Documents municipaux, oct. 29. Rapport de l'Office municipal d'hygiène en 1928.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — Marseille : Documents municipaux, 1929.

CALVADOS. — Règlement départemental, 1928.

Caen : Documents municipaux, sept. 29.

CHARENTE. — Angoulême : Documents municipaux, sept. 29.

(1) effectifs scolaires, organisation, budget.

(2) idem.

- CHARENTE-INFÉRIEURE. — La Rochelle : Rapport du Dr Guillemin, juin 27.
- CHER. — Bourges : Documents municipaux, oct. 29.
- CORRÈZE. — Rapport de M. Andrieu, Préfet, au Conseil général, 1927.
- COTE-D'OR. — Dijon : Vingt ans d'hygiène à Dijon (Dr Zipfel). Documents municipaux, sept. 29.
- DORDOGNE. — Périgueux : Documents municipaux, oct. 29.
- DOUBS. — Rapports du Dr Maréchal. Règlement départemental, 1925.
Besançon : Documents municipaux, sept. 29.
- FINISTÈRE. — Brest : Documents municipaux, sept. 29.
- GIROUDE. — Bordeaux : Documents municipaux, sept. 29. Rapport des Drs Ginestous et Llaguet (Pédiatrie, janv. 30).
- HAUT-RHIN. — Colmar : Documents municipaux, sept. 29.
Mulhouse : Documents municipaux, sept. 29.
- HAUTE-VIENNE. — Limoges : Documents municipaux, sept. 29.
- HÉRAULT. — Règlement départemental.
Montpellier : Rapports du Bureau d'hygiène (1926-27-28).
— Documents municipaux, sept. 29.
- ILLE-ET-VILAINE. — Règlement départemental.
Rennes : Documents municipaux, sept. 29.
- INDRE-ET-LOIRE. — Tours : Documents municipaux, sept. 29.
- ISÈRE. — Grenoble : Rapport du Dr Moncenix au XV^e Congrès d'hygiène de Paris.
- LOIRÈ. — Saint-Etienne : Documents municipaux, oct. 29.
- LOIRE-INFÉRIEURE. — Nantes : Documents municipaux, sept. 29.
- LOIRET. — Orléans : Documents municipaux, oct. 29.
- MAINE-ET-LOIRE. — Saumur et Cholet : Documents de la Bourse du Travail, 1928.
- MARNE. — Reims : Documents municipaux, oct. 29.
- MEURTHE-ET-MOSELLE. — Nancy : Documents municipaux, oct. 29.
- MORBIHAN. — Lorient : Documents municipaux, oct. 29.
- MOSELLE. — Règlement départemental, 1^{er} oct. 28.
Metz : Documents municipaux, oct. 29.
- NIÈVRE. — Nevers : Documents de la Bourse du Travail, 1928.
- NORD. — Lille : Documents municipaux, sept. 29.
Roubaix : Documents municipaux, oct. 29.
Tourcoing : Rapport du Dr Ducatillon, oct. 28.

- OISE. — Creil : Rapport du Dr Loyer.
- PAS-DE-CALAIS. — Calais : Documents municipaux, oct. 29.
- RHONE. — Lyon : Documents municipaux, sept. 29. Rapport des Drs Vigne et Gardère (*Avenir méd.*, sept., nov. 29).
- SARTHE. — Le Mans : Documents municipaux, sept. 29. — Les garderies champêtres de la ville en 1928.
- SAONE-ET-LOIRE. — Circulaire du Dr Poncet aux instituteurs de Louhans.
- SAVOIE. — Projet de règlement départemental, 1929.
Chambéry : Documents municipaux, sept. 29.
- SEINE. — *La Médecine scolaire* (Arrêts préfectoraux, délibérations du Conseil municipal, travaux de la Société des médecins inspecteurs).
- SEINE-INFÉRIEURE. — Rapport du Dr Ott au Conseil général, 1923.
Un essai d'inspection médicale. Dr Ott. (*Revue d'hyg.*, sept. 25).
Rouen : Documents municipaux, oct. 29.
Le Havre : L'inspection médicale scolaire, Dr Goulley.
Thèse, Paris, 1928.
- SEINE-ET-MARNE. — Organisation syndicaliste. Dr Decourt (*Cours méd.*, 12 fév. 28).
- SOMME. — Amiens : Documents de la Bourse du Travail, 1928.
- TARN-ET-GARONNE. — Rapport de M. Guillon, préfet, au Conseil général, 1926. — Règlement départemental, 1928. — Rapport au Conseil général du Dr Verdeau, 1929.
Montauban : Documents de la Bourse du Travail, 1928.
- VAR. — Toulon : Documents municipaux, oct. 29.
- VAUCLUSE. — Rapport du Dr Igonet. (*Annales d'hygiène publ. méd. et soc.*, juin 27).

L'inspection médicale des écoles à l'étranger

- Organisation à Berlin, 1927 ; à Mulheim, 1927.
- Traitement des enfants par l'organisme d'assistance sociale des provinces rhénanes.
- Rapports sur l'inspection médicale à Nuremberg, 1927-28 et 28-29.
- La Médecine scolaire*. Rubrique : revue internationale.
-

DEUXIEME PARTIE

Travaux originaux et publications

- APERT. — Des soins à donner aux dents de lait. (*Bulletin méd.*, 1^{er} fév. 30).
- ARMAND-DELILLE. — Ecoles de plein air. (*Paris méd.*, 3 août 29).
- BARBATIS. — Inspection médicale des écoles. (Thèse, Lyon 1915-16).
- BARRIER. — Situation de l'inspection médicale des écoles. (*Mouvement sanitaire*, 31 août 27).
- B. D. — Collaboration du Corps médical et des maîtres. (*Mouvement sanitaire*, fév., mars 26).
- BERTELOOT. — Enseignement de l'hygiène à l'école primaire. (Thèse, Paris 1920-21).
- BLIN. — Prophylaxie bucco-dentaire chez l'enfant. (Thèse, Toulouse 1921).
- BUSSIÈRE. — Conférence aux instituteurs de Commeny, 15 oct. 27.
- CHARBONNIER. — L'inspection médicale scolaire. (*Médecine scol.*, sept. 27).
- CHEVASSUS (M^{lle}). — Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire chez l'écolier. (Thèse, Lyon 1925).
- CRUCHET. — Avenir des enfants arriérés. *Revue de l'enfance*, 15 août 22.
- DELAGRANGE (M^{lle}). — L'infirmière scolaire. Rapport au xvi^e congrès de l'Alliance d'hygiène sociale. Besançon, oct. 28.
- DROUET. — L'inspection médicale. (*Médecin syndicaliste*, 15 novembre 28).
- DUFESTEL. — Guide pratique du médecin inspecteur. Maloine, 1917.
- Rapport au 1^{er} Congrès national des œuvres officielles de sauvetage de l'enfance de Lyon. (*Courrier méd.*, août 1927).
 - Ecole internat de plein air de la caisse des écoles du xx^e arr. (*Médecine scol.*, mars 26).
 - Les mensurations chez les enfants. (*Médecine scol.*, mars 26).

- DUFRENNE. — A propos des anormaux. (*Bulletin intern. de la protection de l'enfance*, janv. 29).
- EHRHART. — Rôle du médecin dans la défense de la nation contre les maladies sociales. (Thèse, Lyon 26).
- ENSCH. — L'appendicite chronique, problème de médecine scolaire. (*Mouvement sanitaire*, 31 janv. 30).
- FLEURY (Maurice DE). — Le corps et l'âme de l'enfant. A. Colin.
- FOVEAU DE COURMELLES. — Déontologie. A propos des assistantes scolaires. (*Concours méd.*, 25 janv. 25).
- Hygiène scolaire. (*Concours méd.*, 5 juillet 25).
- GARDÈRE. — Hygiène scolaire. (*Pédiatrie*, juin 29).
- GILBERT-ROBIN. — L'enfant sans défaut et les préjugés des parents. (*Concours médical*, 27 oct. et 3 nov. 29).
- « Nous ne savions pas ». (*Maternité*, janv. 29).
- GODARD. — L'inspection médicale des écoles et la tuberculose à Cologne. (*Revue de phthisiologie médico-sociale*, janv. 30).
- GOURDON. — La scoliose de l'écolier. (*Médecine scol.*, mai 21).
- GRANJUX. — Le médecin scolaire au congrès d'hygiène scolaire. (*Bulletin méd.*, 6 juil. 10).
- GUIBERT. — Rapport au Conseil municipal de Paris, 1908.
- HARVIER et REQUIN (M^{me}). — Vaccination antidiphthérique. (*Médecine scol.*, fév. 26 et janv. 28).
- HEUYER. — Les anormaux. (*Revue philanthropique*, 15 juin 28).
- Buts et méthodes de la neuro-psychiatrie infantile. (*Archives méd. des enfants*, août 27).
- Leçon inaugurale du cours annexe de neuro-psychiatrie infantile (12 janv. 26).
- Fonctionnement d'une clinique de neuro-psychiatrie. (*Presse méd.*, 10 déc. 27).
- Rapport sur l'assistance sociale aux anormaux. (*Société de pédiatrie*, 3 juin 24).
- Examen neuro-psychiatrique des enfants délinquants. (*Archives de Droit médical et d'hygiène*, 15 oct. 27).
- Considérations sur 14 cas de perversion post-encéphalolitiques. (*Archives méd. des enfants*, mai 26).
- HOUDRÉ-BOURSIN (M^{me}). — Evaluation de la puissance physique des écoliers. (*Médecine scol.*, déc. 26).

- JEUDON. — L'éducation physique des enfants anormaux. (*Annales de l'enfance*, oct. 27).
- LAFONTAINE. — Rapport sur le projet Herriot. (*Médecin syndicaliste*, 15 juin 28).
- LAMY et GOBRON. — Réglementation de l'hygiène scolaire. (Paris, Delagrave).
- LANGLE. — Vaccination antidiphthérique. (*Médecine scolaire*, août 27).
- LEDENT. — Lumière et hygiène scolaire. (*Médecine scolaire*, août 29).
- LEGROUX. — Centre d'hygiène scolaire du xiv^e arr. (*Médecine scol.*, août 26).
- La formation des assistantes d'hygiène scolaire. (*Médecine scol.*, juil. 26).
- LEROY. — Sélection des mieux doués. (*Mouvement sanitaire*, déc. 25).
- L'éducation physique à l'école maternelle. (*Mouvement sanitaire*, janv. 26).
- L'éducation physique à la campagne. (*Mouvement sanitaire*, sept. 26).
- LESIEUR. — A propos d'une controverse sur l'inspection médicale scolaire. (*Concours méd.*, 27 nov. 10).
- MAGNANON. — Inspection médicale scolaire. (Thèse, Lyon 1910-11).
- MOURGEON. — L'hygiène bucco-dentaire dans les milieux scolaires. (*Siècle méd.*).
- NATHAN et DUROT. — Les arriérés scolaires. (Nathan).
- NOGUÉ. — Lutte contre la carie des dents. (*Médecine scol.*, janv. et fév. 21).
- NOIR. — Inspection médicale des écoles. (*Concours méd.*, 8 janv. 28).
- PAPPAS. — Enfants peu doués. (*Revue d'hygiène et de méd. préventive*, juin 29).
- L'utilisation en France des méthodes de Rossolimo. (*Siècle méd.*, 15 août 29).
- PAUL-BONCOUR (G.). — Technique pour le dépistage des anormaux. (*Progrès méd.*, 12 juin 26).
- Assistance aux anormaux en vue de leur adaptation sociale. (*Médecine scolaire*, juillet 26).

- Classes spéciales pour arriérés et anormaux psychiques. (*Médecine scol.*, oct. 27).
- Orientation professionnelle des anormaux psychiques. (*L'enfant*, oct. 28).
- PAUL-BONCOUR (G.) et LAUFER. — Lacunes et desiderata de la pédagogie actuelle. (*Médecine scol.*, juin et déc. 27).
- Stigmates scolaires de l'inattention. (*Médecine scol.*, déc. 28).
- Classement des disciplines scolaires. (*Médecine scol.*, juin 29).
- PAYSANT. — Colonies scolaires. (*Revue d'hygiène prophylactique et sociale*, avril 27).
- PERRET, MAZEL et NOYER. — Orientation professionnelle. Flammarion, 1926.
- PERRON. — Ecoles de plein air. (Thèse, Paris 1922).
- PESCHER. — Entraînement respiratoire au spiroscope. (Maloiné).
- QUEYRAT. — Psychopathies syphilitiques infantiles. (*Revue française de dermato-vénérologie*, déc. 28).
- RABASSE. — Classe aérée et suralimentée. (*Médecine scol.*, fév. 27).
- REPOND. — Prévention des troubles nerveux de l'enfance. (*Pro-juventute*, janv. 29).
- REQUIN (M^{me}). — Rapport sur l'enfance anormale au Conseil national des femmes françaises, mars 27.
- ROCHAIX. — L'éducation des familles en hygiène. (*Mouvement sanitaire*, juil. 24).
- ROSENTHAL. — Manuel de kinésithérapie. Alcan.
- SAND. — La santé de l'écolier.
- SANTA MARINA et SIMON. — Sélection des anormaux. (*Bulletin intern. de protection de l'enfance*, août 27).
- TISSÉ. — Education physique. (*Paris méd.*, 3 août 29).
- TOULOUSE. — Les mieux doués. (*Prophylaxie mentale*, 1^{er} décembre 29).
- VERMEYLEN. — Orientation moderne de l'assistance aux anormaux. (*Le service social*, avril 29).

- VIGNE et CREMIEU. — Prophylaxie scol. de la coqueluche et de la diphtérie. (*Médecine scol.* 1^{er} mars 27).
- VIGNE et GARDÈRE. — Prophylaxie de la tuberculose. (*Avenir médical*, mars 24).
- VITRY. — Collaboration du dispensaire et de l'Inspection médicale des écoles. (*Revue de phthisiologie*, juil. 25).
- Cuti-réaction à l'âge scolaire. (*Revue de phthisiologie*, avril 26).
 - Lutte contre la tuberculose à l'école. (*Médecine scol.*, sept. 26).
 - L'organisation de l'inspection médicale. (*Médecine scol.*, janvier et février 29).
 - L'hygiène scolaire. (Traité de L. Bernard et Dehré).
- WEBER. — Les végétations adénoïdes à l'école. (*Médecine scol.*, mars 26).
- La vaccination antivariolique. (*Médecine scol.*, juil. 26).

I^{er} Congrès des médecins scolaires de langue française. Paris 1912.

III^e Congrès international d'hygiène scolaire. Paris 1910.

Congrès international d'hygiène de Bruxelles, 1903.

III^e Congrès des éducateurs d'enfants arriérés. Paris, Sorbonne 1925.

Documents législatifs et syndicaux. (*Médecin syndicaliste*, 1^{er} juin 28, 15 déc. 28).

Projets syndicaux. (*Médecin syndicaliste*, déc. 22, sept. 23, sept. 24, oct. 24, déc. 24, 1^{er} mars 28).

Nouvelles instructions ministérielles concernant les constructions et le mobilier des écoles maternelles. (*Médecine scol.*, juil., août 27).

